

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR
DEL VECCHIO Joseph
Né le 6 Janvier 1912, à Castel Nuovo di Conza

LA
LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE
A LA GUADELOUPE

Président : M. L. TANON, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DEL VECCHIO Joseph

Né le 6 Janvier 1912, à Castel Nuovo di Conza

LA
LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE
A LA GUADELOUPE

Président : M. L. TANON, Professeur



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	OLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.	CHEVASSU.
Clinique urologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-Sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LANTUÉJOU.	Obstétrique.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
BOULIN.	Pathologie médicale.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD.	Histologie.	M ^{lle} J. LÉVY.	Pharmacologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY.	Urologie.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN.	Pathologie médicale.
GALLIARD.	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL.	Bactériologie.	PIÉDELIEVRE.	Médecine légale.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	PORTES.	Obstétrique.
GAYET.	Physiologie.	RENARD	Ophthalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RICHET.	Physiologie.
GIROUD	Histologie.	SÈNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN.	Oto - rhino-laryngologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.	WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.
JOANNON.	Hygiène.		
LACOMME.	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
AGLAVE.	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.

**IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.**

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	} Clinique obstétricale.		
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

A qui je dois tout, je dédie ce modeste ouvrage qui consacre leur vie, en bien faible témoignage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR,

A MES PARENTS ET AMIS.

A MES COLLÈGUES DE LA FACULTÉ.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR TANON,

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
de Paris,

Membre de l'Académie de Médecine,
Conseiller technique sanitaire au Ministère
de la Santé Publique,

Inspecteur Général
des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police,

Officier de la Légion d'Honneur,

*En hommage de notre profonde
gratitude pour le très grand hon-
neur qu'il nous a fait en présidant
cette thèse.*

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR GOUGEROT,

Professeur de Clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'Honneur,

*Nous adressons l'expression de
nos plus vifs remerciements pour la
sollicitude et la bienveillance qu'il
nous a toujours témoignées.*

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR ADVIER,

Médecin-Commandant-Colonel,
Professeur à l'Ecole d'Application
du Corps de Santé Colonial à Marseille,

Pour nous avoir appris à connaître et à aimer la Médecine coloniale, qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A M. LE DOCTEUR NEVEU,

Chef des Laboratoires des Services d'Hygiène
à la Préfecture de Police,
Auditeur au Conseil Supérieur d'Hygiène,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

A NOS GRANDS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS,

M. le Professeur BESANÇON,
M. le Professeur GRÉGOIRE,
M. le Professeur LOEPER,
M. le Professeur GOSSET,
M. le Professeur LEMIÈRE,
M. le Professeur LENORMANT,
M. le Professeur GUILLAIN,
M. le Professeur GOUGEROT,
M. le Professeur MARION,
M. le Professeur LEMAITRE,
M. le Professeur CATHALA,
M. le Professeur CLAUDE,
M. le Professeur TERRIEN,
M. le Docteur DEVRAIGNE.

A NOS MAITRES
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE.

INTRODUCTION

Parmi tous les problèmes de Pathologie exotique, celui de la lutte antivénérienne est l'un des plus importants pour le médecin allant exercer sa profession aux colonies.

Si dans ce modeste travail nous envisageons tout particulièrement cette question, c'est que la prophylaxie des maladies vénériennes qui a pris partout, dans ces vingt dernières années, un essor si considérable, n'a pas encore reçu une solution définitive et efficace à la Guadeloupe.

Abandonnant systématiquement la partie de la lutte active, qui est la même partout, nous avons voulu, après avoir fait ressortir l'importance et les caractères généraux, particuliers à ces différentes affections dans ce pays, consacrer ce travail surtout au côté hygiénique et social de la question en formulant certaines mesures qui nous ont paru nécessaires et indispensables. Nous avons émis certains vœux et souhaits déjà formulés par des médecins compétents du Service de Santé Colonial (Lefrou, Advier, Passa, Jolly) dans d'excellents rapports auxquels nous avons emprunté une grande partie de notre documentation statistique et dont nous remercions vivement le Général Blanchard, le lieute-

nant-colonel Vogel et l'Institut Prophylactique de Paris de nous les avoir si aimablement procurés.

Nous y avons ajouté nos appréciations personnelles, qui nous viennent de notre connaissance particulière du pays et des mœurs de ses habitants.

Nous regrettons la distance qui nous sépare des nôtres, car elle nous empêche d'obtenir des renseignements plus récents et plus précis à un travail plus utile.

A la veille de rentrer chez nous, qu'il nous soit permis d'exprimer notre gratitude à nos grands maîtres de la Faculté de Médecine de Paris et à ceux de l'Institut de Médecine Coloniale, chez qui nous avons trouvé, avec la Science, un accueil toujours très cordial.

L'ILE DE LA GUADELOUPE

Sa situation géographique et sa constitution.

« L'île d'Emeraude et de la Beauté », l'ancienne Karukera, — l'île aux eaux ruisselantes — des Caraïbes, occupe approximativement le centre de toute une suite ininterrompue d'îles qui s'étend en arc de cercle de la Floride, jusqu'aux côtes du Venezuela, sur le trajet direct de la route qui relie l'Europe Occidentale à l'Amérique Centrale et au Canal de Panama.

Située, dans les petites Antilles, aux environs du 15° de latitude Nord et du 63° de longitude Ouest, elle comprend deux parties distinctes; l'une, la « Guadeloupe proprement dite », ayant pour capitale Basse-Terre, de formation volcanique, présente un énorme massif montagneux central dominé par deux volcans qui donnent des signes d'activité ralentie, la Soufrière (1.484 m.) et l'Echelle (1.300 m.), l'autre, la Grande-Terre, est de formation calcaire « sur base pyrogène » d'après les roches basaltiques qui constituent le littoral de l'Anse Bertrand et les pointes des Châteaux et de la Grande-Vigie, ses extrémités orientale et septentrionale, ainsi que l'ont établi les travaux

de Moreau de Joanes (1816). Sa capitale est Pointe-à-Pitre.

La Guadeloupe est encadrée d'îles plus petites, ses dépendances, de même constitution géologique qu'elle : Marie-Galante, Les Saintes, La Désirade, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, dont une partie appartient à la Hollande.

Sa superficie totale est de 150.000 hectares. Le nombre de ses habitants d'environ 280.000 (Guadeloupe et dépendances).

Elle possède un réseau routier absolument rénové et suffisant pour son commerce. Elle est reliée aux autres Antilles, à l'Amérique et à l'Europe, par un service régulier d'avions.

Elle tire sa richesse de deux sources principales venant de son sol très fertile :

— L'industrie de la canne à sucre et du rhum ;

— L'importation de la banane, qui a pris ces dernières années un essor considérable.

Sa climatologie

Le climat chaud est égal et doux, avec de faibles variations thermiques, guidées par le cours du soleil.

La température moyenne à l'ombre dans les parties basses, telles Pointe-à-Pitre et Basse-Terre, est de 26° centigrade.

Sur les hauteurs de la Soufrière, elle oscille entre 7° et 18°.

Deux saisons partagent l'année :

— l'une plus fraîche et relativement sèche de décembre à mai ;

— l'autre plus chaude et très pluvieuse, de juin à novembre, appelée l' « hivernage ».

Il tombe en moyenne 2 mètres d'eau par an.

Les vents alizés qui soufflent principalement durant la journée, en augmentant au fur et à mesure que le soleil monte, sont à peu près réguliers. Quand le vent du Nord souffle pendant l'hivernage, c'est l'indice d'une perturbation atmosphérique grave. La Guadeloupe, située en effet sur la route des « cyclones », a été complètement dévastée dans toute son étendue le 12 septembre 1928 par un typhon d'une extrême violence qui a fait 1.500 morts et près de 15.000 blessés.

Ses Ressources climatiques :

Les lieux de villégiature et de convalescence sont nombreux. On peut citer :

DU COTE DE BASSE-TERRE:

— *Saint-Claude* (ancien camp Jacob), à 5 km. de Basse-Terre et à 550 mètres au-dessus de la mer;

— *Le Matouba*, séries de propriétés étagées entre 600-750 m.;

— Les *bains jaunes*, à 800 m. (eaux sulfatées caliques et chlorurées, carbonatées sodiques, avec oxyde de fer et magnésium);

— *Gourbeyre*, à 300 m., situé dans une coulée qu'une brise continue rafraîchit, rendant l'atmosphère sèche et vivifiante;

— *Dolé-les-Bains*, dépendant de Gourbeyre, réputé non seulement pour son climat, mais aussi pour ses sources thermales recueillies dans des piscines naturelles (eaux bicarbonatées et chlorurées sodiques).

PLUS PRES DE POINTE-A-PITRE:

Une série de *plateaux* à température rafraîchie. Ce sont les hauteurs dépendant des communes du *Petit-Bourg*, *Baie-Mahault*, *Lamentin*, *Sainte-Rose*.

On y trouve aussi des sources thermales de premier ordre, très favorables aux rhumatisants chroniques. Citons :

— *La Ravine Chaude*, avec ses eaux iodo-bromées et ses boues riches en alumine, en fer et en Silice;

— *Sofaïa*, à 275 m., avec ses eaux sulfureuses et silicatées sodiques, très riches en CO²;

Des *lieux de changements d'air* très appréciés sont tirés également des plages de sable fin et uni du *Moule*, des *Trois-Rivières*, du *Gosier*, de *Sainte-Anne*, etc...

Une mention spéciale doit être faite pour *les Saintes* qui constitue, grâce à son air marin pur et excitant, sa luminosité très vive, un vrai sanatorium pour tuberculeux, cependant rares.

Malgré toutes ses richesses thérapeutiques, l'île de la Guadeloupe n'est pas cependant un vrai paradis. Elle offre un vaste champ d'observations et de préoccupations au médecin et à l'hygiéniste et si les habitants y goûtent la joie de vivre, c'est sous la menace constante de redoutables endémies.

Dans ce court exposé nous nous proposons d'étudier les maladies vénériennes à la Guadeloupe et les moyens prophylactiques qu'il faut mettre en œuvre pour les combattre.

Les différents chapitres qui vont être envisagés dans cette étude seront successivement :

Chapitre I^{er}. — La prostitution et les causes favorisant le développement des maladies vénériennes à la Guadeloupe.

Chapitre II. — La mission Even Léger et les organismes de la lutte antivénérienne. — L'Institut Prophylactique de Pointe-à-Pitre.

Chapitre III. — Les maladies vénériennes à la Guadeloupe, leur fréquence, leurs caractères particuliers.

Chapitre IV. — Comment lutter efficacement contre les maladies vénériennes à la Guadeloupe.

CHAPITRE PREMIER

LA PROSTITUTION ET LES CAUSES GENERALES FAVORISANT LE DEVELOPPEMENT DES MALADIES VENERIENNES A LA GUADELOUPE

A. — LA PROSTITUTION.

Le terme de prostitution, tel qu'on le conçoit en Europe, sonne faux à l'oreille du Guadeloupéen habitué aux coutumes de son pays et à la grande liberté des mœurs antillaises. Si l'on voulait prendre ce mot dans toute sa force, on devrait admettre que la plus grande partie des femmes, dans la classe pauvre, sont des prostituées.

En effet, le régime du célibat et de la polyandrie libre, qui est celui effectivement en honneur à la Guadeloupe dans une grande partie de la population, et qui veut qu'à partir d'un certain âge la femme s'associe, sans être liée par les convenances du mariage, à l'homme de son choix, pour mener une vie commune en ménage, autorise également ces femmes à

changer de partenaire dès qu'elles le jugent utile. Ces femmes peuvent avoir ainsi plusieurs hommes à la fois sans être pour cela considérées comme de vraies prostituées.

CE QU'ON ENTEND PAR PROSTITUTION A LA GUADELOUPE.

A Pointe-à-Pitre, on ne considère comme prostituées que les femmes qui cherchent, en exerçant leur triste métier, uniquement à se procurer de l'argent ou des bijoux.

Or il est souvent assez difficile de reconnaître à laquelle des deux catégories appartiennent ces femmes, surtout lorsqu'elles évitent, par tous les moyens, en se cachant, d'être placées dans ce deuxième groupe.

En général, les originaires considèrent comme prostituée toute femme qui a eu une ou plusieurs maladies vénériennes; c'est à partir de ce moment, en effet, qu'elles finissent par être dénoncées à la police des mœurs et conduites à l'Hospice. A leur sortie, elles sont alors dédaignées et abandonnées par tout le monde. Elles n'ont plus qu'une seule solution pour vivre, pratiquer la prostitution. Ceci n'est pas tout à fait exact, car ces femmes continuent encore très longtemps à fréquenter les hommes du pays, elles baissent seulement de degré dans l'échelle des valeurs individuelles et ce n'est que très tardivement, quand elles sont complètement fatiguées et avachies par leur vie dégoûtante et les multiples complications et associations vénériennes qui en résultent, que cette nécessité leur devient impérieuse.

COMMENT SE PRATIQUE-T-ELLE. - SA CLIENTELE HABITUELLE.

Il y a une dizaine d'années, la prostitution était menée d'une façon scandaleuse. Outre la prostitution clandestine pratiquée avec les gens du pays, il y avait une prostitution organisée pour les marins du commerce. A chaque débarquement de cargots, les abords de la C.G.T. étaient envahis par de vraies bandes de filles qui pratiquaient dans les rues de la ville un racolage absolument scandaleux. D'autres fois, de réelles organisations menées par des entremetteurs, le plus souvent des débardeurs, conduisaient ces femmes à bord de navires ancrés dans le port.

Quand ces moyens avaient échoué, les prostituées se groupaient devant les hôtels-restaurants où les matelots étaient entrés se désaltérer. Elles finissaient par se disputer et s'entredéchirer pour emmener dans leur case, avec la complicité des boys, ces Américains qui, à moitié saouls, étaient parfois dépouillés.

Enfin, mais plus rarement, les boys conduisaient directement les matelots à domicile.

Actuellement, il semble que ce procédé infecte et répugnant, qui a été sévèrement réprimé par la police, ait été abandonné.

De plus, par suite de la création d'hôtels spécialisés, le système de l'enlèvement à domicile a beaucoup perdu de sa valeur. Mais il reste encore en honneur dans la masse de la population.

LES LOCAUX OU SE PRATIQUE LA PROSTITUTION.

Ils sont très variables au point de vue confort et hygiène, car, à la Guadeloupe, les prostituées elles-

mêmes se classent artificiellement en deux catégories :

— *Les prostituées « fières »*, qui n'admettent chez elles qu'une clientèle sélectionnée et choisie dans l'aristocratie des célibataires et libertins du pays. Elles ne vont pas, en principe, au débarcadère. Elles habitent des petits logements garnis assez propres et convenables.

— *Les prostituées « sales »*, qui fréquentent les gens de toutes catégories et de toutes espèces, sont de beaucoup les plus nombreuses et les plus dangereuses dans la propagation des maladies vénériennes. Elles habitent, par petits groupements, des coins spéciaux dans les quartiers insalubres de la ville (à Pointe-à-Pitre) appelés les faubourgs.

Leur logement sordide est constitué par des petites cases de 2 à 4 pièces séparées par de faibles cloisons. L'ameublement de ces pièces est très sommaire et leur hygiène est très favorable à la propagation de toutes les maladies.

Fort heureusement, depuis la création de nombreux hôtels, dont certains se sont spécialisés presque dans le commerce des prostituées, les originaires préfèrent parfois utiliser cette chance. On ne peut, pour l'instant, que s'en féliciter, car ils peuvent nous être utiles dans la prophylaxie individuelle qui, dans le système de l'enlèvement à domicile, nous laissait absolument sans ressources.

LES LIEUX DE RACOLAGE

Les maisons de rendez-vous et de tolérance, inconnues et inutiles dans un petit pays comme la Guadeloupe, sont largement compensées par un développe-

ment comparativement excessif de débits de boisson, de bistrots et de casinos particulièrement favorables au racolage dans les vieux quartiers de Pointe-à-Pitre.

C'est dans ces casinos (bal dou-dou), en effet, mal réglementés, qui constituent des nids à maladies vénériennes et de vrais pièges à chaude-pisse, que les prostituées exercent avec la complicité de l'alcool, très propice au développement du gonocoque, leur industrie insalubre. C'est là qu'elles rencontrent et vont chercher leurs clients du pays, et c'est également là que viennent les marins du commerce quand ils veulent se procurer et s'offrir ces femmes faciles dont la sensualité et l'amour du vice leur sont bien connues.

CAUSES SOCIALES DE LA PROSTITUTION

Elles sont multiples et connexes à la Guadeloupe et aux colonies, car en plus des raisons courantes et communes à tous les pays d'Europe, tels que, l'abandon d'un amour déçu se compliquant d'une maladie vénérienne, le désir du luxe et des bijoux, la perte d'un emploi et la nécessité de vivre et de s'habiller, l'amour du vice, intervient une foule de facteurs particuliers au pays.

— L'absence de vie familiale des milieux pauvres;

— La liberté des mœurs et l'absence de préjugés, la difficulté plus grande de se marier et l'ignorance du danger des maladies vénériennes, sont autant de raisons pour inciter ces femmes à se prostituer avec une trop grande facilité. Il existe encore d'autres facteurs plus complexes contre lesquels on ne peut pas grand chose, si ce n'est, en limitant l'extension de la pros-

titution, en créant des orphelinats et des œuvres de placement pour les femmes sans ressources.

REGLEMENTATION DE LA PROSTITUTION.

Après ce que nous venons de dire, on conçoit aisément comment il peut être difficile d'appliquer, dans ce pays, une réglementation de la prostitution, si difficile déjà à apprécier en soi.

Il existe cependant actuellement une prostitution réglementée. Les prostituées reconnues qui possèdent des cartes doivent se soumettre aux règles que leur impose cette réglementation, et qui consistent à subir des visites médicales périodiques et à ne se livrer à l'exercice de leur profession qu'après ces visites et sous le contrôle de la police.

Dès qu'elles sont malades, elles sont traitées à l'Hôpital autonome ou Hospice de Pointe-à-Pitre ou de Basse-Terre, et lorsqu'elles n'observent pas les règlements on les prive de leur liberté. Cette mesure marque un réel progrès sur l'ancien procédé qui consistait à séquestrer purement et simplement ces femmes à l'Hospice, jusqu'à la guérison apparente de leur maladie, et ceci sur simple dénonciation verbale ou plainte portée par une personne contaminée ou intéressée, à la police des mœurs.

Le résultat de cette mesure était déplorable, car les femmes qui sortaient de l'Hospice étaient très mal considérées par les autres qui, dans un dessein de malveillance, se chargeaient de publier cette nouvelle, qui leur portait un grand préjudice dans leur vie future.

Il est évident qu'une prostituée malade, dangereuse pour la société lorsqu'elle est laissée libre de répandre partout sa maladie, devient inoffensive lorsqu'elle

est enfermée. Tel est le principe qui a guidé en tout temps les législateurs qui se sont occupés de régler la prostitution.

Nous pensons, pour des raisons qui ne concernent pas spécialement la pathologie coloniale, que ce régime est une solution médiocre de la prophylaxie anti-vénérienne. Cependant il est quelquefois indispensable.

CONCLUSION

En raison de la légèreté des mœurs antillaises, la prostitution officielle n'existe pratiquement pas à la Guadeloupe, mais la prostitution clandestine existe partout, qu'elle soit occasionnelle ou professionnelle.

Il n'y a pas, à proprement parler, de prostituées et les autochtones seraient bien étonnés si l'on prenait des mesures policières contre les femmes qui, non mariées, admettent dans leur case, tous les hommes de leur choix. La prostitution des femmes européennes est rare et exceptionnelle.

La religion semble cependant imprimer quelque atténuation à cette liberté des mœurs.

B. — CAUSES GÉNÉRALES FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DES MALADIES VÉNÉRIENNES A LA GUADELOUPE.

Le développement des maladies vénériennes a pris, à la Guadeloupe, une extension considérable et sa propagation rapide est le fait de facteurs multiples et connexes qui tiennent à la fois du climat, de la race et du milieu social.

L'hygiène encore rudimentaire de la classe pauvre est à la base même de la diffusion du fléau. Ceci trouve sa preuve dans l'extrême virulence des germes. La blennorrhagie y revêt souvent une forme suraiguë.

Sur cette base solide se rattache un certain nombre de causes très importantes qu'on peut classer, pour la commodité de leur étude, sous trois rubriques essentielles :

- 1° Causes générales primordiales de la diffusion du fléau;
- 2° Causes favorisantes secondaires;
- 3° Causes indirectes.

a) CAUSES GÉNÉRALES PRIMORDIALES

Ce sont de beaucoup les plus importantes; elles sont dues :

1° *A l'ignorance du danger des maladies vénériennes et à l'insouciance de la masse*, d'où absence fréquente de précautions avant la contamination et insuffisance de traitement après.

Très peu d'autochtones, en effet, utilisent les moyens préventifs qui sont coûteux, peu pratiques et souvent ignorés. L'usage des préservatifs et des gels-

tubes Gauducheau est réservé à une minorité aisée et compréhensive. Un savonnage minutieux ne peut pas toujours être fait, vu les conditions parfois extraordinaires dans lesquelles s'est pratiqué l'acte sexuel.

En général, l'insouciance se manifeste toutes les fois que l'affection n'est pas très douloureuse, ce qui est le plus souvent la règle pour le chancre syphilitique non compliqué. Il arrive parfois que le malade vienne consulter à une période très tardive de son affection, après avoir essayé toute une série de recettes d'herbes guérissantes dont les seules vertus thérapeutiques connues par nous, sont d'être des diurétiques.

Le traitement antisiphilitique ou antigonococcique n'est pas suivi de façon régulière et assidue. Dès que les malades sont améliorés, ils se croient guéris et ne voient plus la nécessité d'un traitement prolongé. On ne les revoit plus après 2 ou 3 séries d'injections.

2° *La grande facilité des mœurs antillaises. — Le célibat et la polygamie libre.*

Dans les classes pauvres, les relations sexuelles, très précoces, sont assez faciles. La grossesse apparaît comme un incident sans complications familiales. L'appellation de fille-mère n'a aucun sens social. Il arrive souvent que les femmes aient des enfants de pères différents, sans avoir été mariées. Le nombre des naissances en concubinage est dans certaines communes supérieur à celui des naissances légitimes.

3° *La surveillance insuffisante de la prostitution clandestine*, dont toute réglementation est difficilement applicable et partiellement appliquée. C'est la cause principale des maladies vénériennes à la Guadeloupe, car les femmes qui s'y adonnent sont le plus souvent porteuses de virus.

b) CAUSES FAVORISANTES SECONDAIRES

1° *L'insuffisance d'éducation sexuelle et les légendes du pays.* — Bien que la population soit actuellement assez évoluée, la notion de maladie sexuelle n'est pas très précise dans tous les milieux. Beaucoup de jeunes Antillais croient encore fermement que « l'écoulement blennorragique est survenu après avoir bu froid », des limonades ou des boissons sucrées, étant en transpiration, et pour le chancre de la syphilis, ils rattachent très difficilement leur malheur actuel à un acte sexuel déjà ancien, à cause de la longue incubation de la période préchancreuse.

2° *Le tempérament aventureux du colonial et l'amour du risque.* — Le créole aime bien jouer avec le feu. Les choses qui se font sans risque n'ont pas beaucoup de prix à ses yeux. Sa vie constitue souvent un vrai roman-feuilleton qu'il ne cesse de compliquer et dont il aime raconter les péripéties.

3° *La méchanceté par ignorance de certains contaminés* qui trouvent naturel et légitime de transmettre leurs maladies vénériennes à d'autres filles, se croyant protégés par la barrière de leur infection, qu'ils ne risquent plus, soi-disant, d'attraper. C'est pourquoi les infections mixtes sont si fréquentes à la Guadeloupe.

4° *L'insuffisance et l'arrêt du développement des sports*, à Pointe-à-Pitre, qui a contribué à l'oisiveté et à l'abandon aux plaisirs de l'alcoolisme favorisant ainsi indirectement un développement peut-être excessif de débits de boisson, bistrots et casinos.

5° *Le va-et-vient continu des marins du commerce dans le port* déterminant un brassage énergique de germes de toutes races et de toute virulence, ce qui contribue avec le climat et l'hygiène déficiente, à la fréquence de l'infection aiguë.

c) CAUSES INDIRECTES

Certaines causes agissent en retardant la guérison des maladies vénériennes et en déterminant souvent leur passage à la chronicité, vrai surtout en matière de blennorrhagie.

Ce sont :

1° *Le climat tropical*, très favorable à la pullulation des germes constituant une véritable étuve naturelle.

2° *La consommation quotidienne et traditionnelle* du rhum et du café, à laquelle il est parfois assez difficile de se soustraire sans provoquer des suspicions gênantes, aussi bien dans le milieu familial que dans celui des relations.

3° *L'alimentation coloniale habituellement très épicée*. Enfin, à toutes ces causes, il faut encore ajouter un climat psychologique favorable sur lequel agit efficacement l'influence excitante du rhum. Il est indiscutable que nombre de jeunes compatriotes auraient moins à se plaindre des maladies vénériennes si, dans tous les cas, ils pouvaient juger en toute lucidité des conséquences fâcheuses de leur instant d'oubli. Il est souvent très difficile, dans ces conditions, d'éviter les occasions et de résister à l'entraînement des plus excités.

Nous avons réservé pour la fin une cause signalée par le médecin commandant Jolly et qui est, à son avis, un facteur adjuvant très important dans la propagation des maladies vénériennes à la Guadeloupe, qui réside chez l'homme dans les phimosis plus ou moins serrés.

CHAPITRE II

LA MISSION EVEN-LEGER ET LES ORGANISMES DE LA LUTTE ANTI-VENERIENNE A LA GUADELOUPE L'INSTITUT PROPHYLACTIQUE DE POINTE-A-PITRE

A. — LA MISSION EVEN-LÉGER

C'est à la suite d'une mission sanitaire, la Mission Even-Léger de 1931, que fut créé à Pointe-à-Pitre, annexé au Laboratoire de Bactériologie, un Institut de Prophylaxie dont l'appareillage a été offert gracieusement par le docteur A. Vernes, et installé en août 1932.

Cette mission prévoyait, en effet, des dispositions pour que la Guadeloupe fût dotée d'Instituts Prophylactiques permettant d'entreprendre une lutte sérieuse contre le plus redoutable des fléaux sociaux, la syphilis.

Deux centres de sérologie devaient être constitués et mis à la disposition de tous les médecins de la colonie :

— L'un à Saint-Claude, à l'Hôpital central autonome;

— L'autre à Pointe-à-Pitre, à l'Institut d'Hygiène de la Ville.

La méthode de lutte serait la méthode syphilimétrique de A. Vernes, basée sur la séro-flocutation au perethynol, car elle constitue une base scientifique solide, dénuée de toute cause d'erreur.

Ces deux laboratoires feraient les recherches sérologiques pour des dispensaires prévus d'abord à Pointe-à-Pitre et à Basse-Terre, puis à Port-Louis, le Moule et Morne-à-l'Eau.

Les Instituts prophylactiques auraient dans leur rôle de surveiller et de soigner les prostituées. Ils devraient servir également à l'application de l'arrangement international de Bruxelles pour la lutte contre les maladies vénériennes dans la marine marchande.

De plus, ils tiendraient un contact étroit avec les hôpitaux et les dispensaires du Service général qui lui enverraient régulièrement le sang de leurs malades, de manière à ce que ceux-ci soient traités dans de bonnes conditions.

Enfin, à la suite des déclarations des médecins des communes de Morne-à-l'Eau et de Port-Louis, où la mortalité infantile atteignait la proportion effrayante de 80 et 35 %, on avait décidé également la création d'un dispensaire de protection maternelle et infantile et de dépistage de l'hérédo-syphilis à Pointe-à-Pitre, en liaison avec la Section Guadeloupéenne du Comité de Secours Français aux Enfants, filiale de l'œuvre que dirigeait à Paris M. le Professeur Pinard.

La nécessité d'une sage-femme versée en puériculture s'imposait alors dans chaque commune en raison

de la mortalité infantile si considérable s'opposant à l'accroissement de la population, en dépit d'une forte natalité.

On pratiquerait ainsi de façon systématique le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes, chez les mères nouvellement accouchées, chez les jeunes enfants.

B. — ŒUVRES DE LA MISSION RÉALISÉES ET MOYENS ACTUELS DE DÉFENSE.

En ce moment, la plupart de ces organismes sont sur pied et fonctionnent activement.

Trois d'entre eux sont groupés à Pointe-à-Pitre, à l'Hôpital Général, et sont en relation étroite, ce sont :

1° *La consultation des nourrissons*, œuvre de la Goutte de Lait;

2° *La consultation prénatale*, au Service de la Maternité.

Ces deux organismes faisant le dépistage de l'héredo-syphilis et le traitement des femmes enceintes syphilitiques.

3° *L'Institut de Prophylaxie*, à proximité immédiate des organismes précédents, annexe du Laboratoire de Bactériologie, et jouant le rôle de dispensaire anti-vénérien avec centre de sérologie annexe. Il fonctionne à la fois comme centre de dépistage clinique et sérologique, et comme centre de traitement.

A *Saint-Claude*, près de Basse-Terre, a été rénové l'Hôpital militaire, qui possède également un laboratoire de sérologie et qui traite certains vénériens privilégiés.

Dans les communes, il n'y a pas encore de laboratoire de sérologie et de moyens de protection et de défense très efficaces, mais les communications avec les grands centres sont faciles.

Des dispensaires de dépistage clinique et de traitement ont été aménagés dans certains bourgs : A Sainte-Anne, Petit-Bourg, Trois-Rivières, Capesterre, etc., et dans les communes de Port-Louis et de Morne-à-l'Eau.

Une policlinique a été créée au Moule, où existe une section de protection maternelle et infantile avec dépistage de l'hérédo-syphilis analogue à celle de la Maternité de Port-Louis. La policlinique est une formation sanitaire polyvalente très intéressante, car elle fonctionne comme centre de triage des malades à hospitaliser, qu'elle suit après leur sortie. C'est en même temps un centre d'observation inégalable pour suivre la morbidité en milieu indigène; elle est pour le Service d'hygiène un moyen d'informations précieux. Elle peut grouper en outre toutes les consultations spécialisées que l'on désire.

Enfin, les hôpitaux de Marie-Galante et de Saint-Martin, entièrement restaurés, peuvent entreprendre eux aussi une lutte active contre le péril vénérien.

La Guadeloupe se trouve ainsi, en principe, suffisamment armée techniquement pour donner plein effet aux deux éléments de la prophylaxie : dépistage et traitement.

Il est cependant regrettable que l'Institut de Prophylaxie de Pointe-à-Pitre, destiné théoriquement au traitement des affections vénériennes, soit envahi par un grand nombre de malades dont les affections ne relèvent pas de sa spécialisation. Ses locaux et son

personnel sont débordés et se trouvent être, naturellement, insuffisants pour répondre à tous les besoins.

De plus, il n'existe aucun service spécialisé dans le traitement de la blennorragie. Ce groupe de vénériens, numériquement le plus important à la colonie, n'est soigné ni à l'Institut de Prophylaxie, ni à l'Hôpital Général.

Les prostituées reconnues contagieuses sont soignées à l'Hôpital autonome ou Hospice, réservé surtout aux indigents et malades chroniques.

Les hommes, le plus souvent, sont traités en clientèle par les médecins civils et en cas de complications graves à l'Hospice. Cette situation existe aussi bien pour Pointe-à-Pitre que pour Basse-Terre où il y a également un Hospice pour soigner les prostituées.

Aussi ne serons-nous pas étonnés si les statistiques officielles ne mentionnent qu'un pourcentage moyen de blennorragies, observées surtout chez les femmes, ce qui ne correspond pas exactement à la réalité. La blennorragie est en effet la maladie vénérienne de beaucoup la plus fréquente à la Guadeloupe, celle qui fait le plus de victimes et dont l'importance ne doit pas être négligée.

Malgré tout, les perfectionnements apportés à la lutte antivénérienne par la création de l'Institut de Prophylaxie de Pointe-à-Pitre ont fourni des renseignements extrêmement intéressants sur l'importance du péril vénérien, surtout en ce qui concerne la fréquence et l'extension de la syphilis.

Les chiffres montrent, en effet, une augmentation considérable, au cours des années, des consultants pour syphilis. Ceci est dû non seulement au fait qu'on dispose actuellement de meilleurs moyens pour les

dépister et les traiter, mais aussi à ce que, par suite de la facilité accrue des communications reliant rapidement les communes aux grands centres, le nombre des consultations a grandi et le contage parallèlement.

Ces statistiques extraites de l'excellent rapport annuel de 1937 du médecin-commandant Jolly vont nous permettre, mieux que tout commentaire, de constater cette effroyable progression.

Statistiques de l'Institut de Prophylaxie.

La progression du chiffre des malades syphilitiques traités depuis 1932 a été la suivante :

I

Années	Total des Syphilitiques reconnus et traités			Total des nouveaux syphilitiques par année
	Hommes	Femmes	Total Général	
1932	51	40	91	91 nouveaux
1933	288	423	711	620 »
1934	648	862	1510	799 »
1935	915	1170	2085	575 »
1936	1122	1323	2445	360 »
1937	1358	1550	2908	463 »

Nota. — Le chiffre de 463 pour 1937, bien que supérieur à celui de l'année précédente, montre une amélioration nette par rapport aux années 1933-34, époque du dépistage intensif qui a résulté de la création de l'Institut de Prophylaxie.

II

Proportion des syphilitiques nouveaux reconnus à la consultation.

Années	Consultants	Réaction de Vernes	Syphilitiques reconnus	Pourcentage
1933	1368	1772	620	45 %
1934	1588	2623	799	50 %
1935	2487	2265	575	23 %
1936	3474	1737	360	10 %
1937	2616	2971	463	17 %
TOTAL	11533	11368	2817	24 %

Nota. — Après un pourcentage effroyable en 1934 de 50 %, on constate avec satisfaction une amélioration appréciable en 1937, puisque le taux d'infection syphilitique n'atteint plus que 17 %.

III

Nombre de syphilitiques reconnus dans l'année à l'Institut de Prophylaxie.

Mois	Hommes	Femmes	Total
Janvier	24	24	48
Février	9	9	18
Mars	27	20	47
Avril	18	23	41
Mai	16	17	33
Juin	24	25	49
Juillet	22	24	46
Août	18	24	42
Septembre	24	16	40
Octobre	17	15	32
Novembre	15	12	27
Décembre	22	18	40
TOTAL	236	227	463

Nota. — L'époque des grandes chaleurs et celle des fêtes du printemps sont aussi des périodes de syphilisation intensive.

IV

Répartition par âge.

Age	Hommes	Femmes	Total
5 à 10 ans	1	2	3
11 à 20 ans	36	49	85
21 à 30 ans	108	108	216
31 à 40 ans	44	43	87
41 à 50 ans	29	16	45
51 à 60 ans	14	7	21
61 à 70 ans	3	2	5
71 à 80 ans	1	0	1
TOTAL	236	227	463

Nota. — C'est surtout entre 21 ans et 30 ans que la maladie sévit, mais sa proportion est déjà considérable de 11 à 20 ans. Les relations sexuelles sont en effet très précoces à la Guadeloupe.

Conclusions.

Trois constatations s'imposent à la suite de la lecture de ces statistiques :

Première constatation. — La syphilis qui, en 1936, avait vu son chiffre baisser considérablement par rapport aux années précédentes, subit un nouvel essor en 1937.

Deuxième constatation. — C'est à l'époque des fêtes de printemps (Nouvel An, Epiphanie, Mi-Carême) et surtout aux grandes chaleurs de juillet-août, période des fêtes des communes, période d'abandon aux plai-

sirs sexuels et de l'alcoolisme, que la maladie marque une très nette recrudescence. C'est une période de syphilisation intensive.

Troisième constatation. — Si la maladie atteint surtout les adultes entre 21 et 30 ans, sa proportion est déjà considérable de 15 à 21 ans.

Ces deux dernières constatations, vraies pour la syphilis, se justifieraient avec autant de rigueur pour les autres maladies vénériennes. Elles nécessitent des sanctions prophylactiques communes dans la lutte contre le péril vénérien. Lesquelles ? Nous les verrons par la suite.

CHAPITRE III

LES MALADIES VENERIENNES A LA GUADELOUPE LEUR IMPORTANCE LEURS CARACTERES PARTICULIERS

Historique. — Jusqu'à la fin du siècle dernier, on possédait très peu de renseignements sur l'importance des maladies vénériennes à la Guadeloupe. On savait seulement, d'après les relations de deux missionnaires dominicains, les Pères Dutertre et Labat, et le mémoire de Bertin « Sur les maladies de la Guadeloupe et ce qui peut y avoir rapport », publié à la Guadeloupe en 1780, à l'Imprimerie Jean Bénard, que la syphilis et la blennorrhagie existaient depuis fort longtemps aux Antilles.

La syphilis était du reste confondue avec le pian. Le Père Labat écrivait, vers 1700 : « Les Caraïbes sont forts sujets à « l'épian ». L'épian est réellement ce que les Français appellent « le mal de Naples » et que les Italiens nomment « le mal français ».

A la fin du XVIII^e siècle, la syphilis est confondue sous le même vocable « mal vénérien » avec les autres maladies vénériennes. Les contemporains de Bertin ne sont même pas loin de lui rattacher la lèpre et le pian. Le leontiasis est regardé par certains comme « dépendant des effets du vice vénérien », et d'autres font du pian « une phase de la maladie vénérienne ».

L'importance sociale de la syphilis est restée ainsi longtemps méconnue et Dutrouleau écrivait, en 1868 : « Aux Antilles, les maladies vénériennes ne sont ni nombreuses, ni graves et la syphilis m'a paru relativement rare. »

Il fallut arriver en 1903, date à laquelle Kermogant, en se référant aux rapports annuels des chefs du Service de Santé colonial, se rendit compte de l'importance du péril vénérien aux Antilles, et il donnait le chiffre de 15 % pour les entrées de syphilitiques dans les hôpitaux de la Guadeloupe.

En 1912, Gaide, dans le *Traité de Pathologie exotique*, de Grall et Clarac, dans un article important consacré à la syphilis exotique, classait les Antilles françaises immédiatement après les possessions d'Asie, comme pays à syphilis intensive. Depuis, les renseignements de plus en plus précis, qui sont fournis chaque année, ont indiqué une progression constante du danger.

Tout récemment, les perfectionnements apportés à la lutte antivénérienne par la création d'un Institut de Prophylaxie à Pointe-à-Pitre ont fourni des renseignements extrêmement intéressants sur l'importance des maladies vénériennes dans ce pays.

On va aborder l'étude de ces différentes maladies successivement et dans l'ordre suivant :

- 1° la syphilis;
- 2° la blennorrhagie;
- 3° le chancre mou;
- 4° la lymphogranulomatose.

I. — LA SYPHILIS.

A. — Son importance sociale.

Opinions et statistiques

Dans le rapport de la Mission Even-Léger, publié dans les Archives de l'Institut Prophylactique de 1932, voici ce qu'on peut lire au sujet de la syphilis :

« A la Guadeloupe, la syphilis est à la base même de toute la pathologie... et il n'est pas exagéré de dire, d'après ce que nous ont indiqué certains médecins locaux très avertis, que les 2/3 des cas pathologiques sont sous sa dépendance. »

Dès 1912, cette constatation avait été faite par Noc et Stévenel, qui écrivaient au lendemain d'une épidémie de fièvre jaune qui avait ému l'administration : « La syphilis est un fléau beaucoup plus redoutable que le paludisme et la fièvre jaune. »

Arnould, en 1924, indiquait les chiffres de 20 % de syphilis pour les Européens et de 30 % pour les originaires de la Guadeloupe.

En 1928, Fabre publiait : « La syphilis est répandue de façon telle que, pour de nombreux malades, on se demande toujours si elle n'est pas en cause... »

Elle est sûrement à l'origine de la plus grande partie des morts-nés.

La même note pessimiste est reflétée dans l'excellent rapport annuel (1928) du D^r Passa, ancien chef de Service de Santé colonial. « La syphilis a sa part considérable dans la morbidité et la mortalité à la Guadeloupe. Nous avons présent à l'esprit l'exemple déplorable d'une femme d'une trentaine d'années, récemment décédée à l'Hôpital d'infection puerpérale : 13^e grossesse, 10^e avortement, les 3 enfants nés à terme morts peu après leur naissance. »

Enfin, après la Mission Even-Léger on a, en 1933, un compte rendu du médecin-commandant colonel Lefrou, qui s'exprime en des termes peut-être exagérés, mais qui montrent bien l'importance et le développement des maladies vénériennes à la Guadeloupe. Se basant sur le nombre des consultations, il fixait le taux de l'infection syphilitique chez les sujets adultes à 50 % et il ajoutait : « ...le taux est effroyable et si à cela on ajoute les autres affections vénériennes, la plupart des hommes avouant une blennorragie, comme les femmes avouent à peu près toutes des pertes, on se demande ce qui reste comme population adulte saine et qu'elles peuvent être les conséquences pathologiques d'un tel état de fait. »

Personnellement, nous avons observé, étant élève du médecin-commandant colonel Advier, à l'Institut de Prophylaxie de Pointe-à-Pitre, annexe du Laboratoire de Bactériologie, le cas d'un nourrisson, amené par sa mère éplorée, en pleine crise de paludisme, parce qu'il présentait, outre la fièvre, de nombreuses papules syphiloïdes disséminées sur tout le corps, mais plus électivement aux fesses où quelques-unes étaient ulcérées.

Un prélèvement au vaccino-style, pratiqué après expression dans une profonde ulcération, occasionnée

par l'emploi intempestif de caustiques pour faire disparaître « ces boutons », nous a montré, outre les hématozoaires de Laveran, de très nombreux spirochètes dans le sang.

L'enquête effectuée chez la mère nous a appris qu'elle s'était faite soigner plusieurs mois auparavant, mais de façon irrégulière, pour syphilis, à l'Institut de Prophylaxie. Il s'agissait donc d'un cas manifeste d'hérédo-syphilis chez ce nourrisson qui présentait par ailleurs des signes cliniques patents d'infection héréditaire.

Cela pourrait paraître paradoxal quand on connaît l'influence heureuse de la malariathérapie sur la syphilis nerveuse et la paralysie générale. Mais il faut croire qu'il s'agit de choses vraisemblablement différentes, car on ne comprendrait pas la fréquence de la syphilis dans un pays à endémie palustre aussi accentuée que l'est la Guadeloupe. Est-ce là les raisons pour lesquelles les syphilides cutanées secondaires ne revêtent jamais ici le caractère mutilant des lésions africaines ou encore l'explication de la rareté de la syphilis nerveuse dans ce pays? Des recherches complémentaires seraient en tout cas intéressantes et utiles à faire dans ce sens.

CONCLUSION.

Toute cette documentation rassemblée montre bien l'importance et la fréquence de la syphilis à la Guadeloupe. Il ne faudrait pas croire cependant que la moitié, ni même le 1/20^e de la population soit contaminée. Les dernières statistiques de 1937, dressées par le médecin-commandant Jolly, montrent un total de 2.908 cas de 1932 à 1937 inclus, dont 463 cas nou-

veaux pour l'année 1937, et un pourcentage d'infection de 17 % sur tous les consultants, dans une ville de l'importance de Pointe-à-Pitre, qui groupe 45.000 habitants environ. La vérité se trouve en réalité dans le fait que l'autochtone consulte le médecin militaire quand il est indigent et surtout pour les maladies vénériennes qui l'inquiètent, les autres maladies étant soignées par les médecins civils et même plus souvent à la manière du pays, ce qui fait croire proportionnellement à la très grosse importance de l'infection syphilitique par rapport aux autres endémies.

B. — Ses caractères particuliers aux différentes périodes de son évolution.

Ses complications habituelles.

Ainsi qu'il en ressort de l'excellent et tout dernier rapport annuel du médecin-commandant Jolly :

L'accident primaire est assez fréquemment observé par les médecins et la forme classique du chancre syphilitique est d'ailleurs l'exception. Il s'agit presque toujours d'une forme ulcéreuse associée parfois à la chancelle et qui se complique souvent de phagédénisme. L'association se faisant également avec la blennorragie et la lymphogranulomatose, les maladies vénériennes mixtes sont assez fréquentes : 63 %.

À la période secondaire, la roséole passe presque toujours inaperçue en raison de la pigmentation foncée des téguments. Mais aussitôt après apparaissent les syphilides secondaires, surtout papulo-squameuses. Il semble que cette syphilis soit plutôt bénigne, n'ayant rien en tout cas qui rappelle certaines syphilis exotiques cutanées, terriblement mutilantes.

Les plaques muqueuses prennent souvent au coin des lèvres des formes de fissures blanchâtres.

La diffusion à cette période, du virus syphilitique, ne se manifeste pas d'ailleurs seulement par des accidents cutanés et muqueux, mais en outre par des douleurs intenses, céphalée, douleurs ostéocopes, articulaires, s'accompagnant d'une atteinte de l'état général plus ou moins marquée, mais toujours appréciable.

En ce qui concerne la syphilis tertiaire, on est généralement d'accord pour admettre la rareté des lésions viscérales et nerveuses. Par contre la syphilis vasculaire n'est pas exceptionnelle et les organes des sens, l'œil en particulier, sont souvent atteints.

Lefrou prétend cependant que « les jeunes hémiplegiques ne sont pas rares dans la population et que l'asile d'aliénés de Saint-Claude doit bien quelque chose à la syphilis ».

D'après les statistiques de Jolly, les localisations à cette période sont dans l'ordre de fréquence suivant :

- les localisations osseuses;
- les localisations cutanéomuqueuses;
- la syphilis nerveuse.

Hérédosyphilis. — Enfin, il faut reconnaître que la syphilis agit de façon désastreuse sur la natalité, la grande majorité des avortements et des morts-nés lui étant imputable. La syphilis héréditaire est un des principaux facteurs à retenir pour la mortalité infantile.

Tous ces caractères se trouvent résumés dans l'excellent rapport annuel de 1937 rédigé par le médecin-commandant Jolly et dont nous reproduisons ici les tableaux synoptiques.

*Fréquence relative des différents accidents
syphilitiques et maladies vénériennes associées.*

FORMES CLINIQUES	ANNÉES				
	1933	1934	1935	1936	1937
Nombre de nouveaux syphilitiques	620	799	575	360	463
<i>Accidents primaires</i>					
Chancre syphilitique simple.	13	6	20	44	47
Chancre associé à chancre mou	5	6	7	25	19
Chancre associé à Nicolas Favre	3	5	20	26	21
Chancre associé à blennorragie	7	7	10	15	23
Association triple	—	—	11	14	18
<i>Accidents secondaires</i>					
Syphilis secondaire cutanéomuqueuse	20	27	96	91	101
Douleurs ostéocopes et céphalée précoce	69	84	11	10	11
Lésions oculaires (kératite, iritis)	—	1	8	7	12
<i>Accidents tertiaires</i>					
Gommes cutanéomuqueuses.	9	1	13	13	15
Ostéites, périostites, arthropathies	9	14	22	18	23
Syphilis viscérale	—	3	2	4	3
Syphilis vasculaire	3	1	12	16	16
Syphilis nerveuse	11	5	14	12	22
Avortements et mortinatalité	14	16	31	34	45
Para-syphilis : tabès	—	—	1	2	5
Paralysie générale	—	—	—	1	3
Hérédosyphilis	—	1	3	7	11
<i>Syphilis latente</i>					
Antécédents cliniques avérés avec indice sérologique positif sans manifestations morbides actuelles	40	26	23	21	68
TOTAL	213	203	304	360	463

*Pourcentage général des accidents
syphilitiques primaires, secondaires et tertiaires
à l'Institut de Prophylaxie
au cours des cinq dernières années.*

	1933	1934	1935	1936	1937	T.	%
Syphilis primaire.	28	24	68	124	128	372	24 %
Syphilis second. .	89	112	115	108	124	548	33 %
Syphilis tertiaire	96	67	121	128	211	623	41 %
TOTAL . . .	213	203	304	360	463	1543	

*Pourcentage en 1937 des accidents primaires,
secondaires et tertiaires.*

Sur 463 malades, on a relevé :

		<i>Pourcentage</i>
Accidents primaires	128	27 %
— secondaires	124	26 %
— tertiaires	211	45 %
TOTAL	463	

*Association des accidents primaires syphilitiques
avec d'autres affections vénériennes en 1937.*

Accidents primaires :

		<i>Pourcentage</i>
Chancre syphilitique simple	47	36 %
— associé à chancre mou	19	14 %
— associé à Nicolas Favre	21	16 %
— associé à blennorragie	23	17 %
Association triple	18	14 %
TOTAL	128	

Voici les conclusions : Le pourcentage des infections mixtes est considérable. Sur 128 chancres syphilitiques, on trouve 81 chancres associés à d'autres affections vénériennes, soit 63 %.

Cette constatation montre le manque total d'hygiène sexuelle générale, à la Guadeloupe, dans les classes pauvres.

II. — LA BLENNORRAGIE.

La blennorragie est la maladie vénérienne la plus commune de la colonie. « Le nombre de blennorragiques est tellement considérable, écrivait Lefrou en 1933, qu'il faudrait organiser une clinique spéciale urologique et gynécologique. » Elle s'observe principalement chez les jeunes gens entre 15 et 21 ans. On rencontre avec fréquence une forme suraiguë. Ceci est dû tant au fait du climat tropical, particulièrement favorable à la pullulation des germes *in situ*, qu'à l'hygiène sexuelle déficitaire et à la coupable négligence de l'autochtone qui vient consulter le médecin très tardivement après avoir essayé un certain nombre de médications et de recettes mal comprises et mal appliquées.

Souvent, la maladie passe à l'état chronique, car mal soignée par le malade. Les complications sont fréquentes chez l'homme, depuis les mictions sanglantes et les rétrécissements et diverticules occasionnés par l'abus de permanganate de potasse maladroitement utilisé jusqu'aux inflammations aiguës et chroniques de la vessie et des glandes uréthrales, cystite, prostatite, lithrite, cowpérite. Chez la femme, la maladie est tenace et pour ainsi dire inguérissable, reparaissant presque toujours après sa guérison apparente. Aussi revoit-on souvent à l'Hospice les mêmes prostituées plusieurs fois séquestrées. Les localisations an-

nexielles ne sont pas rares et se terminent en général par l'hystérectomie totale.

Il faut en outre signaler le nombre important des complications oculaires constatées surtout chez l'homme qui, ignorant la notion de contamination microbienne, arrive facilement avec ses doigts souillés, à inoculer sa conjonctive. Cette conjonctivite purulente, négligée et attribuée à un coup d'air, aboutit souvent à la fonte purulente de l'œil et à la cécité. Parfois cependant, elle inquiète le malade qui établit son rapport avec l'écoulement urétral, vient consulter. On peut alors le traiter.

Enfin, très souvent, la blennorragie sert de masque et cache des lésions vénériennes plus graves qui vont se révéler par la suite. Les statistiques de l'Institut de Prophylaxie sont intéressantes à consulter pour les proportions de ces associations microbiennes. Voici les chiffres établis par Jolly pour l'année 1937 :

— blennorragie simple	240
— blennorragie associée à syphilis	23
— blennorragie associée à chancre mou	26
— blennorragie Nicolas Favre	12
Total....	301

III. — LE CHANCRE MOU.

Considéré à juste titre comme la moins grave des maladies vénériennes, le chancre mou peut, pourtant, avoir des conséquences fâcheuses. Les localisations ganglionnaires suppurées et secondairement chancrelisées, entraînant une incapacité de travail prolongée, ne sont pas exceptionnelles à la Guadeloupe. Il s'associe souvent à d'autres maladies vénériennes.

Lorsqu'il existe avec la syphilis, il est responsable de la grande majorité des phagédénismes génitaux et

périgénitaux. Quand il accompagne le chancre d'ino-culation de la maladie de Nicolas Favre, la lésion prend un aspect spécial signalé par le D^r Advier, s'étalant en une large nappe superficielle, ne creusant jamais la muqueuse du prépuce et du gland et con-servant jusqu'à cicatrisation une surface plane rouge vif, non couverte de pus. Les malâdes porteurs de chancres doivent donc être examinés très attentive-ment ; ils viennent d'ailleurs consulter facilement, leurs lésions étant douloureuses, lentes à guérir spon-tanément. En accordant ainsi aux chancres mous un peu plus d'importance, on arrive à un résultat qui dépasse le cadre de cette maladie, car les chancres mixtes étant extrêmement fréquents, on dépiste ainsi en même temps un grand nombre de syphilis pri-maires.

Voici, pour montrer sa fréquence et ses associa-tions, quelques chiffres extraits du rapport de Jolly, de 1937 :

— chancre mou simple	32
— chancre associé à la blennorragie	26
— chancre associé à la syphilis	19
Total....	77

IV. - LA LYMPHOGRANULOMATOSE.

Généralités. — La lymphogranulomatose inguinale subaiguë ou maladie de Nicolas-Favre (ancien bubon climatique), décrite vraisemblablement pour la pre-mière fois par Trousseau, en 1865, sur des créoles de la Réunion et de l'Ile Maurice, n'était pas inconnue des médecins coloniaux lorsque Durand-Nicolas-Fâ-vre, après Ross, dans leur communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, du 31 janvier 1913,

la baptisèrent et l'élevèrent au rang de maladie autonome. « Il s'agit, disaient-ils, d'une maladie contagieuse, inoculable à l'homme accidentellement et expérimentalement, contractée habituellement par les rapports sexuels. Elle est caractérisée essentiellement par une adénite subaiguë suppurée des ganglions inguinaux. La suppuration est très particulière, parcelleuse, en petits foyers isolés qui se forment en différents points de la masse ganglionnaire.

« Elle aboutit à l'ouverture et à la fistulisation successive de ces foyers. On doit regarder comme très fréquente la participation des ganglions de la fosse iliaque interne qui, même volumineux, ne donnent cependant pas lieu d'ordinaire à une suppuration et une fistulisation. Le pus ganglionnaire est blanc, vitreux, visqueux et filant, collant sur les mors d'une pince et s'étalant mal sur les lames. »

Fréquence. — A la Guadeloupe, nous devons son étude au médecin-commandant colonel Advier qui, dans un excellent rapport publié dans les « Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales » de 1936, aboutit aux conclusions suivantes :

« La lymphogranulomatose paraît fréquente à la Guadeloupe. Elle est associée souvent à la syphilis et au chancre mou. La combinaison des trois maladies chez le même individu n'est point rare et il paraît nécessaire pour guérir complètement les sujets atteints d'une maladie vénérienne de ne pas se livrer à un examen trop rapide. Le laboratoire et la clinique doivent intervenir pour établir dans chaque cas un diagnostic aussi complet que possible. »

Quelques chiffres extraits du rapport du D^r Advier vont fixer dans notre esprit la fréquence de ces associations :

Sur 98 adénites vénériennes constatées chez des hommes, en 6 mois (1^{er} juillet au 31 décembre 1935), 63 sont dues à la maladie de Nicolas-Favre et se répartissent comme suit :

20 cas de lymphogranulomatose pure;

15 cas de lymphogranulomatose associée à syphilis primaire;

22 cas de lymphogranulomatose associée au chancre mou;

6 cas de lymphogranulomatose avec infection primaire mixte (bacille de Ducrey et tréponème).

Sur 21 adénites vénériennes trouvées chez des femmes, 15 sont dues à la maladie de Nicolas-Favre. Elles se répartissent comme suit :

4 cas de lymphogranulomatose pure;

3 cas de lymphogranulomatose associée à syphilis primaire;

3 cas de lymphogranulomatose associée au chancre mou;

5 cas de lymphogranulomatose avec infection mixte, à bacille de Ducrey et tréponème.

Fréquence par âge :

10 à 15 ans		1	1
16 à 20 ans	5	1	6
21 à 30 ans	40	11	51
31 à 40 ans	14	2	16
41 à 50 ans	3	»	3
plus de 50 ans	1	»	1

Nota. — C'est entre 21 et 30 ans que le bubon s'ob-

serve surtout, mais sa proportion est déjà importante de 10 à 15 ans.

Pour l'année 1937, les chiffres étaient les suivants :

— lymphogranulomatose simple	51
— lymphogranulomatose associée à blenno	16
— lymphogranulomatose associée à syphilis	21

Total 88

« Au point de vue clinique, la maladie de Nicolas-Favre ne présente aucune particularité spéciale, à la Guadeloupe ».

Ce sont les mêmes complications qui ont été observées par le D^r Advier :

— la rectite avec rétrécissement inflammatoire dans 2 cas;

— l'ouverture spontanée en fissure linéaire étendue des masses suppurées dans 3 cas, chez l'homme, avec apparition sur la plaie ouverte d'une lésion secondaire du type granulome ulcéreux végétant qui s'est terminé une fois par la mort, l'infection ayant été tardivement connue.

CHAPITRE IV

COMMENT LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LES MALADIES VENERIENNES A LA GUADELOUPE

Les problèmes concernant le péril vénérien et la prostitution sont encore actuellement des problèmes graves et complexes que tâchent de résoudre les hygiénistes et les vénérologues de tous les pays.

D'excellentes méthodes ont été proposées, mais ces méthodes, qui font peut-être merveille dans un autre pays, ne peuvent pas être adoptées par la Guadeloupe sans de sérieuses retouches, en tenant compte de sa superficie restreinte, des mœurs spéciales de ses habitants, de son budget...

La question qui a été envisagée à maintes reprises déjà, avec une haute compétence, par les médecins du corps de Santé colonial et les médecins civils, a toujours abouti à une conclusion négative.

On s'accorde en général pour établir dans les grandes lignes, les moyens à employer qui sont cal-

qués sur ceux adoptés en Europe, tels que le traitement des malades contagieux et la surveillance de la prostitution.

Mais, dès que l'on veut passer à la réalisation pratique, on se heurte, à la Guadeloupe, à des difficultés insurmontables. C'est qu'en effet, la prophylaxie des maladies vénériennes est d'une complexité presque inextricable en matière indigène.

« Depuis de longues années, écrivaient Noc-Stevel-Iman en 1911, le Service de Santé des colonies a essayé vainement de réagir... Quiconque a habité les Antilles peut concevoir l'inutilité de ces efforts renouvelés, les maladies vénériennes y sont restées toujours florissantes. » Et Jacques Lutrot, en 1932, ajoutait : « Jusqu'à ces dernières années, les mesures prises pour le traitement et la prophylaxie des maladies vénériennes ont été à peu près inexistantes.

« On s'est contenté de traiter les syphilitiques comme des dysentériques ou des paludéens. Les gens aisés se faisaient soigner par leurs médecins, mais beaucoup d'individus des classes pauvres ne voulant pas être hospitalisés ne se traitaient pas. Les conséquences sanitaires de cet état de choses ont abouti à l'infection profonde de toute une population. »

Actuellement, les choses ont beaucoup changé, car nous possédons ce qui n'existait pas encore à cette époque, des organismes de lutte antivénérienne.

Nous les avons vu, au cours de cet exposé, au moment de la réalisation du plan de la Mission Even-Léger, qui a abouti à la création d'un certain nombre de formations sanitaires antivénériennes.

Mais des perfectionnements doivent être encore apportés et sont nécessaires pour solidifier ce bloc de résistance.

Aussi, cette question mérite-t-elle d'être envisagée à nouveau, cette fois-ci avec moins de septicisme et plus de courage.

La lutte antivénérienne. — Une étude de la lutte antivénérienne, pour être satisfaisante, devrait pouvoir comporter le développement des points suivants :

- dépistage et recensement;
- destinations à donner aux malades, suivant leur catégorie (blennorragie ou syphilis);
- réglementation et propagande;
- organisation du traitement;
- centralisation des résultats obtenus;
- enfin, lutte contre toutes les sources de contagion.

Malheureusement, les moyens de défense dont nous disposons actuellement dans un petit pays comme la Guadeloupe ne permettent guère une standardisation aussi importante. L'Institut de Prophylaxie de Pointe-à-Pitre est en effet le seul organe bien outillé et sérieux de la lutte. Mais, situé en dehors de la ville, il est peu pratique et il favorise la persistance de la légende : « Syphilis, maladie honteuse. » En outre, ses consultations sont envahies et débordées par un grand nombre de malades, ne relevant pas de sa spécialité. Elle fait, de la phtysiologie, de la petite chirurgie, de la dermato-vénérologie, de la bactériologie, etc., et il n'existe pas de service d'urologie et de gynécologie à l'Hôpital Central.

Pour bien faire, **il faudrait créer :**

— **Trois dispensaires** antivénériens, situés dans les *villes mêmes*, de Pointe-à-Pitre, de Basse-Terre et du Moule, avec laboratoires autonomes et fonctionnant comme centre de dépistage clinique et sérologique et

centre de traitement. Ces dispensaires devraient être pourvus d'un matériel et d'un personnel suffisants. Ils pourraient être organisés sur le modèle suivant, comprenant :

- un laboratoire autonome avec son secrétariat;
- un médecin spécialiste des maladies vénériennes;
- 3 infirmiers et 3 infirmières;
- une surveillante;
- un matériel et un stock de médicaments importants pour la distribution gratuite aux malades.

Ils devraient en outre être *en relation étroite avec tous les autres organismes de la lutte* antivénérienne, les consultations vénériennes, les consultations prénatales, les maternités et les crèches, l'asile d'aliénés de Saint-Claude et toutes les formations sanitaires du pays en vue d'un recensement et de la centralisation des résultats obtenus.

Il faudrait pour cela qu'une **consultation vénérienne** soit instituée dans toutes les communes et les bourgs de la colonie, ce qui permettrait, grâce aux moyens de communication faciles, le dépistage actif des maladies vénériennes par ces dispensaires, et l'institution d'une thérapeutique adéquate.

On pourrait alors compléter utilement la lutte contre les sources de contagion. Mais cela ne nous empêche pas dès à présent d'envisager ce problème et de formuler les mesures qui nous paraissent nécessaires.

L'idéal, évidemment, serait de faire uniquement la prophylaxie par le traitement. Pour obliger les malades à se soigner, il faudrait gagner leur confiance en leur facilitant l'accès au traitement, en respectant leur liberté, en réduisant au minimum les frais néces-

sités par les soins et déplacements, et s'il y avait lieu de faire un traitement gratuit dans le minimum de temps.

Mais ces moyens, risqués, pourraient actuellement ne pas réussir et nous estimons plus prudent d'organiser une **lutte très active contre les sources de contagion** par les moyens coercitifs suivants, dont nous empruntons le plan au Professeur Gougerot dans son programme de lutte antivénérienne, rapport présenté au Congrès interallié d'hygiène sociale, en l'appliquant à la situation particulière à la Guadeloupe :

- 1° la surveillance de la prostitution autorisée et la lutte contre la prostitution clandestine;
- 2° l'éducation morale et les réformes sociales;
- 3° les conseils de prophylaxie individuelle;
- 4° la propagande antivénérienne par l'éducation du public.

A. — **La surveillance de la prostitution autorisée et la lutte contre la prostitution clandestine.**

Pour que cette tâche soit efficace, il faut nécessairement :

1° *Avoir une police de mœurs bien organisée et renforcée.*

À la place d'un seul agent, comme il existe à Pointe-à-Pitre, il faudrait concevoir le plan suivant :

- 2 agents indigènes;
- une infirmière spéciale, assistante des visites sanitaires;
- un inspecteur européen, pour corriger le rôle ingrat des émissaires du pays.

On lui attribuerait des pouvoirs étendus de con-

trôle, sur les cases des prostituées et les hôtels spécialisés dans leur commerce, sur les débits de boissons, sur les casinos.

2° *Renforcer le contrôle sanitaire* en instituant chez les prostituées :

- une visite médicale hebdomadaire,
- un examen sérologique mensuel,
- l'hospitalisation forcée en cas d'accidents syphilitiques contagieux, en rendant le traitement obligatoire.

En recherchant la source de la contagion et les sujets susceptibles d'avoir été contaminés.

3° *Lutter contre la prostitution clandestine* en considérant officiellement, comme prostituées, toutes les danseuses suspectes des casinos et en les astreignant comme les autres aux visites médicales périodiques. Nous avons vu en effet qu'il n'y a pas d'autre critère de la prostitution que l'éclosion d'une maladie vénérienne et que la vraie source du mal se trouve dans les casinos.

4° *Réglementer d'une façon plus sévère et plus stricte* les casinos, les débits de boisson des vieux quartiers, où s'effectuent le racolage, en imposant des taxes suffisamment élevées pour que leur industrie se ralentisse.

5° *Appliquer les mesures de répression et des sanctions pénales sévères*, contre :

- le racolage scandaleux dans les rues de la ville et le vagabondage spécial sur les places publiques, après 10 heures du soir,
- l'homosexualité,

— le détournement des mineurs des 2 sexes, de moins de 18 ans.

B. — L'éducation morale et les réformes sociales.

On pourrait utiliser tout d'abord avec profit et sur une grande échelle dans cette lutte, l'influence moralisatrice de la religion, qui agit favorablement déjà sur la grande liberté des mœurs. Elle prêcherait la continence, conseillerait et favoriserait le mariage, travaillerait au relèvement de la morale.

2° *On détournerait les jeunes gens des prostituées :*

— en créant des cercles d'instruction et des sociétés de musique;

— en encourageant la pratique du sport, très déficiente en ce moment à Pointe-à-Pitre. La Savane de la Place de la Victoire étant définitivement morte, depuis trop longtemps, pour le football, sport favori au pays, il ne sera pas facile d'intéresser à nouveau la jeunesse à la pratique du sport. Aussi, nous suggérons l'idée de recréer cet amour, en développant scientifiquement un autre sport, très aimé et tout aussi intéressant, la natation.

Une piscine découverte avec tremplins serait construite en ville par les soins de l'Administration publique et des Sociétés Sportives. Le plaisir ignoré de faire des sauts sur ces Trempliness agréables, aurait vite fait d'intéresser les jeunes gens. Dans cet établissement seraient installés un ping-pong, des barres fixes et parallèles, des poids et haltères, qui complèteraient utilement les séances d'exercice physique. Au début, on permettrait à tous les sportifs l'accès libre sur simple présentation d'une carte de société, ce qui aurait pour résultat certain de créer l'émulation. Par

la suite, un jour de la semaine serait réservé à chaque Société ou Club qui organiserait alors des concours de natation ouverts au public. Ainsi, de nouveau intéressés au sport, les jeunes gens pourraient se rendre en grand nombre avec moins de réticence à trois kilomètres de la ville au nouveau stade de « Dugazon », spécialement construit et aménagé à leur intention.

Il faudrait en outre :

3° *Améliorer l'état social* afin que les femmes miséreuses ne soient pas jetées dans la prostitution, en créant des *œuvres de protection* pour les femmes sans ressources, et des *œuvres de relèvement*, destinées à fournir du travail à la femme prostituée qui voudrait bien quitter ce métier et mener la vie normale des autres femmes.

4° *Prendre des mesures de l'hygiène générale*, en détruisant les vieux quartiers insalubres de la ville, qui font la honte du pays, et en créant des maisons analogues aux maisons ouvrières pour familles nombreuses. Quelques-unes seraient réservées dans un quartier spécial aux prostituées inscrites.

C. — Les conseils de prophylaxie individuelle.

Il est d'observation courante que, malgré tous les efforts des moralistes et des religieux, malgré les sermons et les lois, des hommes et des femmes, poussés par un instinct sexuel puissant, se laissent aller à des rapprochements sexuels inconsidérés et parfois dangereux.

Il faut donc leur apprendre comment on peut éviter les maladies vénériennes, en se désinfectant tout de suite après l'acte sexuel, et c'est à dessein que nous exposons ici ces conseils.

Si l'on n'a pas utilisé de préservatifs, un lavage minutieux à l'eau et au savon, après avoir uriné, est une mesure de propreté indispensable.

Mais l'observation médicale de tous les jours montre que cette mesure est insuffisante. La plupart des vénériens disent en effet avoir été contaminés malgré le lavage, malgré même l'emploi du permanganate de potasse.

Aussi, pour détruire les microbes déposés à la surface des organes génitaux, il faut ajouter à ce savonnage les précautions suivantes :

1° Faire tomber au compte-gouttes, dans l'orifice du canal entr'ouvert quelques gouttes de la solution suivante :

<i>argyrol</i>	1 gr.
<i>eau</i>	10 gr.

2° Pour se préserver de la syphilis, faire une onction soigneuse de la région exposée à la contamination avec la pommade prophylactique du D^r Gauducheau, qui se trouve dans le commerce, contenue dans des petits tubes de gélatine (gélo-tubes Gauducheau) et dont nous reproduisons ici la formule :

<i>cyanure de mercure</i>	cent vingt-cinq milligrammes
<i>thymol</i>	1 gr. 250
<i>calomel</i>	25 gr.
<i>lanoline</i>	50 gr.
<i>vaseline et huile de vaseline</i>	23 gr.

Ce désinfectant doit être appliqué le plus tôt possible après les rapports sexuels, à la surface des muqueuses du prépuce et du gland et à l'entrée du canal de l'urèthre, pour préserver contre la syphilis et la blennorrhagie (Gauducheau).

Il ne faut pas pousser la pommade trop profondément dans l'urèthre, car on provoquerait une irrita-

tion des muqueuses. L'application d'une mince couche suffit. On peut l'enlever du reste après une demi-heure par un savonnage à l'eau tiède. Ces moyens excellents, ne doivent pas être offerts comme une garantie absolue, car ils ne sont pas infaillibles. De plus, ils favoriseraient l'excitation à la débaûche et des accidents seraient inévitables.

La pommade au calomel ne peut pas être employée par les femmes, chez qui elle provoquerait des accidents mercuriels, à cause de la très grande surface d'absorption de leurs muqueuses génitales et parce que la désinfection des femmes par ce moyen serait illusoire.

Cependant, l'application du désinfectant sur les organes génitaux n'empêche pas les contaminations extra-génitales. Mais celles-ci ne représentent guère que 3 % pour la syphilis, et 0 % pour la blennorrhagie. C'est donc une méthode bivalente à peu près générale chez l'homme. A la Guadeloupe, la connaissance de la prophylaxie individuelle est absolument indispensable, à tous ceux qui prennent les libertés sexuelles, à tous les célibataires et libertins « qui profitent des occasions » et qui forment la grande majorité de la population. On pourrait vulgariser cette méthode de lutte en établissant des affiches prophylactiques dans les rues et les hôtels où s'exercent la prostitution, où on les placerait sous verre pour éviter leur destruction. On favoriserait également la vente du nécessaire prophylactique qui devrait se faire aux plus bas prix et même sa distribution gratuite par les dispensaires, dans certains cas.

**D. — Propagande antivénérienne
par l'éducation du public.**

C'est avec le traitement des vénériens la partie la plus importante du programme de la lutte antivénérienne. Quiconque a habité la Guadeloupe peut concevoir l'importance que prend cette partie dans l'ensemble du programme. La plus grande partie de la population, nous l'avons vu, ignore totalement les complications des maladies vénériennes. Il faut donc tâcher par tous les moyens d'inculquer, même aux intelligences les plus frustes, quelques notions, simples, précises, que tout le monde doit connaître, en particulier pour ce qui est de la syphilis, à savoir :

1° Il n'y a pas de maladie honteuse, la honte étant pour ceux qui la propagent et non pour celui qui l'attrape en accomplissant un acte physiologique naturel comme le cas :

- de l'épouse contaminée par le mari,
- de l'enfant par sa mère,
- de la nourrice par le nourrisson,
- des médecins ou autres par des accidents professionnels.

2° Ce sont des maladies à complications multiples et terribles, mais guérissables si elles sont traitées dès le début avec patience et persévérance.

3° Il existe des contaminations extra-génitales, des avortements et des morti-natalités très fréquents à la Guadeloupe, et donner des preuves statistiques à l'appui.

4° L'abstinence avant le mariage est sans inconvénient et c'est une mesure prudente, mais si l'on ne

peut s'y résoudre il faut prendre des précautions avant les relations et se faire soigner immédiatement après si la maladie se déclare.

5° La population *ne doit pas retenir les conseils de traitement reçus à la dérobée* car les complications qui peuvent résulter de l'application de cette thérapeutique empirique incontrôlable, peuvent être très graves.

Cet **enseignement doit se faire** d'abord à l'école, où l'on atteint l'élément malléable et le mieux groupé pour l'éducation collective : la jeunesse, aux élèves, futurs éducateurs et dirigeants, à partir de l'âge où ils peuvent s'intéresser à ces choses.

A l'Eglise, dans les sermons et aux cours de catéchisme, moyen facile et efficace à la Guadeloupe chez une population en majeure partie croyante et superstitieuse.

A l'Institut de Prophylaxie, dans les dispensaires, à la polyclinique, où l'on pourra distribuer des ordonnances prophylactiques, des prescriptions d'hygiène vénérienne et sexuelle, des papillons faisant ressortir la gravité des complications des maladies vénériennes mal soignées.

Enfin et surtout, il sera fait par les propagandistes organisés en une ligue antivénérienne, subventionnée par les pouvoirs publics, qui se chargerait de faire l'éducation de la masse par tous les moyens possibles, de propagande éducative et de vulgarisation de la prophylaxie individuelle.

— Articles et commentaires dans la grande presse locale;

— Distribution de tracts ingénieux et frappants;

— Pose d'affiches explicatives avec gravures symboliques;

— Conférences publiques, avec projections à l'appui, faites si c'est nécessaire dans l'idiome national;

— Cinéma public et présentation de films vulgarisateurs, moyens excellents parce que à la portée de tous et frappant le plus la masse illettrée qui forme la majorité de la population.

— Tournées régulières en auto dans les communes et les bourgs avec conférences et films à l'appui.

Mais, pour que ces mesures atteignent leur plein rendement, nous voyons la nécessité d'une participation solidaire du corps médical tout entier (médecins civils et militaires), des laboratoires et des pouvoirs publics.

Dans ces conditions, l'œuvre de redressement sanitaire du pays contre le péril vénérien, déjà en bonne voie d'amélioration, s'accentuera davantage et la Guadeloupe ainsi armée pourra poursuivre avec fruit l'éducation de sa population de condition sociale plus évoluée et plus compréhensive. Nous avons foi en l'avenir. Comment pourrait-il en être autrement après l'œuvre admirable de redressement tout entier du pays qui s'est effectuée en un temps record, à la suite du cataclysme de 1928, qui avait paru anéantir complètement toutes les forces vives de la Guadeloupe.

CONCLUSIONS

Considérant les caractères particuliers de la prostitution à la Guadeloupe, la grande liberté des mœurs antillaises, l'insuffisance des moyens actuels de défense et l'importance du péril vénérien, l'ignorance et l'insouciance de la population du danger de contamination vénérienne, nous pensons que la réglementation actuelle doit être maintenue et nous proposons les principales mesures coercitives suivantes :

1° *Renforcement de la police des mœurs* numériquement et dans l'extension de ses pouvoirs.

2° *Réglementation* plus stricte des débits de boisson et des casinos.

3° *Renforcement du contrôle médical* des prostituées et recherche de la source de contagion et des sujets susceptibles d'avoir été contaminés.

4° *Répression du racolage* scandaleux et du vagabondage spécial dans les rues et sur les places publiques après une heure avancée de la nuit.

5° *Lutte contre la prostitution clandestine*, en considérant officiellement les danseuses suspectes des casinos comme des prostituées et en les astreignant à des visites médicales périodiques.

6° *Création d'un Service de Gynécologie et d'Urologie* à l'Hôpital de Pointe-à-Pitre et de services de spécialités pour libérer l'Institut de Prophylaxie.

7° *Création d'un dispensaire antivénérien à Basse-Terre* avec laboratoire autonome, fonctionnant exceptionnellement comme centre de dépistage clinique, bactériologique et sérologique et comme centre de traitement de toutes les maladies vénériennes.

8° *Création à la Policlinique du Moule, d'un centre de sérologie et d'un service de gynécologie et d'urologie.*

9° *Création d'une consultation vénérienne* dans toutes les communes.

10° *Elargissement des consultations prénatales et des nourrissons* pour lutter contre l'horrible syphilis héréditaire.

11° *Etablissement d'une liaison étroite de tous les organismes* de la lutte, Institut de Prophylaxie, dispensaire, Policlinique, les consultations vénériennes et prénatales, les maternités, les crèches, l'asile d'aliénés de Saint-Claude et toutes les formations sanitaires du pays, en vue du recensement exact et de la centralisation des résultats obtenus.

12° *Campagne active de propagande antivénérienne* urbaine et rurale pratiquée par une ligue antivénérienne subventionnée par les pouvoirs publics et utilisant tous les moyens modernes.

13° *Encouragement à la pratique des sports de* la jeunesse dont l'éducation sexuelle serait entreprise à l'école, et à l'église à partir du moment où elle serait apte à recevoir cet enseignement.

14° *Amélioration de l'état social* par la création d'œuvres de protection pour les jeunes filles sans ressources et d'œuvres de relèvement pour les prostituées désireuses d'abandonner le métier.

15° *Surveillance médicale* appropriée et soins apportés aux marins de la Marine marchande en vue de l'application de l'arrangement international de Bruxelles.

La réglementation ne doit être qu'une mesure provisoire destinée à disparaître lorsque les organismes du traitement antivénérien, bien constitués et bien outillés, pourront donner des soins gratuits, partout et surtout lorsque l'éducation du public sera assez avancée pour persuader la masse de la population du danger de contamination vénérienne.

Les dépenses nécessitées par la mise en œuvre de ce plan de lutte antivénérienne, seront peut-être un peu élevées pour la colonie, mais comme l'écrit Calmette « chacun comprend aujourd'hui que les dépenses faites pour la sauvegarde de la Santé publique sont les seules qui soient productives de ri-

chesses, puisqu'elles protègent le capital humain. Si elles grèvent momentanément le budget, elles constituent en réalité le plus fructueux des placements d'épargne ».

Vu: *Le Président de Thèse,*
L. TANON.

Vu: *Le Doyen,*
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Université de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- LEGER (Marcel). — Climatologie des Antilles Françaises. *Traité de Climatologie*, 1934.
- BERTIN. — « Sur la Guadeloupe et ce qui peut y avoir rapport » (1780). *Archives du Ministère des Colonies*.
- DUTROULEAU. — Rapports manuscrits sur la Guadeloupe (1868). *Archives du Ministère des Colonies*.
- JOLLY. — Rapport annuel en 1937 de l'Institut de Prophylaxie de Pointe-à-Pitre. *Archives du Ministère*.
- EVEN et LEGER. — La Guadeloupe et son redressement sanitaire. Rapport de Mission. *Archives de l'Institut Prophylactique de Paris*, 1932.
- ADVIER. — Enquête sur la lymphogranulomatose subaiguë à la Guadeloupe. *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale* de 1936.
- JAME (L.) et AUJALEN (A.). — La maladie de Nicolas Favre. *Revue coloniale de Médecine et Chirurgie*, fév. 1935.
- GAUDUCHEAU (A.). — Prophylaxie des maladies vénériennes aux Colonies. Les grandes endémies tropicales de 1929.
- PASSA. — Géographie médicale de la Guadeloupe. Les grandes endémies tropicales de 1936.
- RIOU. — Les maladies vénériennes dans les Colonies Françaises. *Revue coloniale de Médecine et Chirurgie*, fév.-mars 1936.

ALAIN. — Bubon climatique et lymphogranulomatose. Les grandes endémies tropicales, 1936.

GOUGEROT. — Programme de lutte antivénérienne. La syphilis en clientèle.

GOUGEROT. — La prophylaxie antivénérienne au Maroc. *Prophylaxie antivénérienne*, juillet-août 1934.

CAVAILLON. — L'armement antivénérien en France et à l'étranger.

LUTROT (J.). — Les maladies sociales aux Antilles. *Thèse pour le Doctorat*, 1932.

LEFROU. — Rapport annuel pour 1933 de l'Institut de Prophylaxie de Pointe-à-Pitre. *Archives de l'Institut Prophylactique de Paris*, 1934.

CHARBONNIER. — Prophylaxie antivénérienne à Hanoi. *Thèse pour le Doctorat*, 1936.

